

**申請書類** ※確認欄はご自身でのチェックの際にお使いください。

A	専門施設認定申請書	確認	
	施設内容調書	確認	
	専門医・体外循環技術認定士・麻酔科医・TAVR 指導医 在籍証明書	確認	
	症例登録事業に参加する誓約書	確認	
	施設訪問によるデータ照会の受入体制について	確認	
↓			
B	提出症例（3年間で実施された全症例）※原則として、Registryのリストを提出すること。		
	直近3年間のTAVI Registryリスト(全症例) *全てにページ番号を振り、検索結果表紙を含めて提出すること	確認	
	症例が「患者手術日」順に並んでいること	確認	
	患者名、患者イニシャル、生年月日、IDなど個人情報のマスク	確認	
	最終ページへの担当責任者(TAVR指導医)の自筆サイン	確認	
↓			
C	専門施設申請料(75,000円)振込用紙の写 ※写しを添付できない場合は下記欄を記載	確認	
	振込人名		振込日

**申請料振込先**

金融機関名	三菱UFJ 銀行	支店名	茨木支店(店番号:219)
預金種別	普通預金	口座番号	313430
口座名義	シャ)ニホンケイカテーテルシンゾウベンチリョウガツカイ ティーイーヴィアールニンテイカカリ		

※漢字表記:(社)日本経カテーテル心臓弁治療学会 TAVR認定係  
申請料:75,000円

- \* 振込手数料は申請者にてご負担ください。
- \* 振込人名は申請書に記載の施設名とし、冒頭に「センモン」と入れてください。  
例:センモン ●●●ビョウイン
- \* 金融機関の振込控えをもって領収書とさせていただきます。
- \* 銀行窓口でお振り込みの場合、口座名義(カタカナ)は全て記入してください。  
枠が足りない場合は枠外に記載ください。全て記入されていない場合、  
銀行によりエラー扱いとされる場合がございますのでご注意ください。
- \* 認定料は、認定後にお振り込みいただきます。

**申請書類送付先**

※簡易書留など配達記録が残る郵便でお送りください。なお、書類受領の確認は、配達記録をもって替えさせていただきます。

〒650-0034 神戸市中央区京町83番地 三宮センチュリービル3F (株)プロアクティブ内  
一般社団法人日本経カテーテル心臓弁治療学会 TAVR認定係 宛

※TAVR認定事務局使用欄

申請料	TAVR認定事務局		
※	受付日時	受付番号	審査結果
	※	※	※

# TAVR（経カテーテル的大動脈弁置換術） 専門施設認定申請書

西暦  年  月  日

経カテーテル的心臓弁治療関連学会協議会 御中

当施設は、経カテーテル的大動脈弁置換術の専門施設として認定の申請をします。

フリガナ	<input type="text"/>
施設名	<input type="text"/>
施設長名	<input type="text"/> <input type="text"/> 公印
施設住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
電話番号	<input type="text"/>

TAVR実施施設 認定番号	<input type="text"/>
有効期間	<input type="text"/>
責任者 氏名	<input type="text"/> 印
所属	<input type="text"/>
E-mailアドレス	<input type="text"/>

\*実務方の医師等を追加で登録する場合は記入する（任意）

連絡先 所属科・氏名	<input type="text"/>
E-mailアドレス	<input type="text"/>

THT 協議会HP上で専門施設  
として公開される事に同意  
されますか。

同意する

同意しない

## 施設内容調書

西暦  年  月  日

施設名

責任者

氏名

印

**施設** (以下、確認の  を記入)

1) 日本循環器学会認定専門医研修施設である。

2) 日本心血管インターベンション治療学会研修施設または研修関連施設である。

研修施設

研修関連施設

3) 心臓血管外科専門医基幹施設である。

**手術実績・検査** (前年1月1日～12月31日の症例数を記入)

1) 大動脈弁置換術 (大動脈基部置換術を含む)

2) 冠動脈に関する血管内治療 (PCI)

3) 大動脈瘤に対するステントグラフト治療

4) 経食道心エコー検査

(術中

外来/病棟

) 総数

**TAVRの実施状況** (申請の前々月末日からさかのぼること直近3年間の症例数を記入)

1) 実施数 (3年間に実施した症例数を記入)

総数

2) TAVI Registry症例登録 (添付資料TAVI Registryのデータ検索画面に記載の総数)

総数

1) と2) の総数が一致しない場合は、その理由を記載すること。

[  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
]

## 在籍証明書

施設名

循環器専門医（代表者 3名を記載）

	氏名	専門医認定番号
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>

日本心血管インターベンション治療学会専門医（代表者 1名を記載）

	氏名	専門医認定番号
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>

心臓血管外科専門医（代表者 3名を記載）

	氏名	専門医認定番号
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>

体外循環技術認定士（代表者 1名を記載）

	氏名	認定番号
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>

麻酔科医（代表者 1名を記載）

	氏名
1	<input type="text"/>

TAVR指導医（代表者 1名を記載）

	氏名	認定番号
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>

上記の者は当施設の職員（常勤）に相違ありません。

西暦  年  月  日

施設長氏名   公印

## 症例登録事業に参加する誓約書

経カテーテル的心臓弁治療関連学会協議会 御中

当施設は、NCD症例登録事業（TAVI Registry）に参加し、フォローアップを含め全例登録することを誓約します。登録を実行しない、あるいは虚偽のデータを入力したことが判明した場合、経カテーテル的大動脈弁置換術の施設認定を取り消されても、異議の申し立ては行いません。

西暦  年  月  日

施設名

所属

責任者

氏名（自署）

## 施設訪問によるデータ照合の受入体制について

経カテーテル的心臓弁治療関連学会協議会 御中

西暦  年  月  日

施設名

所属

責任者 氏名（自署）

当院において、第三者によるカルテ閲覧が可能である  
（体制が整っている）ことを報告します。

カルテ閲覧可能日 西暦  年  月  日